

受験番号	※記入不要
------	-------

誓 約 書

愛 知 医 科 大 学 長 殿

私は、このたび校長先生の推薦を受けて貴学医学部を受験することになりました。

合格の上は貴学医学部に入学することを誓約します。

年 月 日

高等学校名

氏 名

(本人自署)

保護者氏名

⑩